2

Über

Gravidität compliciert mit Uteruscarcinom.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von
Dr. J. von Säxinger
o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medicinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt
von

Hans Wendriner
approb. Arzt aus Breslau.



Tübingen, 1893.
Verlag von Franz Pietzcker.

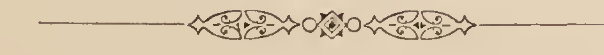


Über
Gravidität compliciert mit Uteruscarcinom.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von
Dr. J. von Säxinger
o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medicinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt
von

Hans Wendriner
approb. Arzt aus Breslau.



Tübingen, 1893.
Verlag von Franz Pietzcker.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

An der Tübinger Frauenklinik des Herrn Professor von
äxinger sind vom Sommer 1885 bis jetzt unter ca. 3000 Ge-
urten 5 Fälle von Schwangerschaft compliciert mit Carcinom
ehandelt worden. Nach Stratz sind in Berlin unter 7900 Ge-
urten 7 — nach Sutugin 2 unter 9000 in Moskau und in
Vürzburg (1872—1887) unter 4300 2 Fälle beobachtet worden.

Von unseren 5 Fällen an der Tübinger Klinik liess Herr
rofessor von Säxinger 1890 die ersten 4 durch Clauss (D.
Tübingen 1890) veröffentlichen. Der letzte Fall vom Sommer
893 wurde mir zur Publikation übertragen. Da mein Vor-
änger die hierzu gehörenden Fragen über Conception, über das
rogressive Wachstum des Carcinoms in der Schwangerschaft und
n Puerperium etc. schon eingehend besprochen hat, so kann ich
arüber auf diese Arbeit zurückweisen. Ich selbst will nach Vor-
ihrung unseres letzten Falles das Thema einzig und allein nach
em modernen klinisch-therapeutischen Standpunkt besprechen.
ie Darstellung der Therapie soll dabei an der Hand von ca. 60
ällen aus der Litteratur — etwa der letzten 10 Jahre — er-
lgen.

Der Tübinger Fall vom Sommer 1893.

Patientin ist 29 Jahre alt, verheiratet, VIIIpara, gravida
. VI. Erste Menstruation zu 15 Jahren, 4wöchentlich, regel-
ässig, 2—3tägig, schmerzlos. Sie hat 7 mal geboren. Zuletzt
n 5. April 1892. 6 Kinder leben.

Letzte Periode Ende November 1892, 4 Tage, mit profusem
lutverlust. Seit Anfang Dezember 1892 atypische, verschieden
nge dauernde Blutungen von wechselnder Stärke, kein Ausfluss,
eine Schmerzen. Später bemerkte Patientin, dass ihr Unterleib
ngsam zunehme, hielt sich aber nicht für schwanger. In den

1*

letzten Wochen will Patientin magerer geworden sein, was auch ihr Mann und die Umgebung wahrnahm. Aus diesen Gründen kommt sie am 28. April 1893 in die Ambulanz der Frauenklinik.

Status praesens 28. April 1893: Grosse, schlanke Patientin mit gracilem Knochenbau. Gesichtsfarbe blass, Wangen leicht eingefallen, doch keineswegs kachektisch. Temperatur normal. Bauchdecken sehr schlaff, alte und frische Striae, keine Diastase der Recti.

Uterus vergrössert, Fundus in Nabelhöhe, etwa dem sechsten Schwangerschaftsmonat entsprechend, er fühlt sich weich, prall elastisch an. Grosse und kleine Kindsteile durchzutasten, Herztöne jedoch nicht zu hören.

In der Scheide fühlt man einen apfelgrossen, rundlichen, derben Tumor mit knolliger, unebener Oberfläche; die obersten Schichten morsch, bluten leicht, die tieferen skirrhös. Der Tumor ist die degenerierte Portio, hauptsächlich ist die linke Hälfte ergriffen, die rechte nur derb infiltriert. Die Scheide ist in der ganzen Umgebung der Portio derb infiltriert, zum Teil exulceriert, besonders links und vorn.

Äusserer Muttermund schwer am rechten unteren Rand des Tumors herauszutasten, nur mit Mühe lässt sich die Spitze des Zeigefingers einlegen, da das umgebende Gewebe hart infiltriert und unnachgiebig ist. Das ganze linke Parametrium ist bis an die Beckenwand starr infiltriert, erscheint namentlich bei Rectaluntersuchung deutlich verdickt. Inguinaldrüsen nicht inficiert. Der blutig gefärbte Ausfluss ist nicht übelriechend.

Mikroskopisch: Plattenepithelkrebs.

Diagnose: Gravida mense VI, Carcinoma portionis, cervicis, vaginae. Radikal nicht zu operieren.

Therapie. 6. Mai 1893: Desinfection der Scheide, Excochleation, Paquelin. Tumor nicht wesentlich verkleinert, da die tieferen Partieen skirrhös sind.

7. Mai 1893. Der gestrige Eingriff hat keine Uteruskontractionen hervorgerufen. Einleitung des künstlichen Aborts. Bougie.

8. Mai 1893. Bisher nur wenige schwache Wehen. Bougie eraus. Sublimatausspülung. Wehen lassen allmählich gänzlich ach, daher

15. Mai 1893. Blase gesprengt. Das abfliessende Fruchtasser ist klar. Wehen vereinzelt, schwach — zuweilen stärker, ber noch ungenügend, deshalb

20. Mai 1893. Vollbad 28° R., ½ Stunde. — Dasselbe fters wiederholt.

25. Mai 1893. Regelmässige, kräftige, sehr schmerzhafte Vehen. Das stagnierende, leicht übelriechende Scheidensekret urch Sublimatausspülungen wiederholt entfernt. Rechte Hälfte er Portio unnachgiebig, die linke stellt einen über hühnereirossen in den linken Fornix hinaufragenden Tumor dar. Cercalkanal mit seinen starren Wandungen ist jetzt für 2 Finger urchgängig geworden. Der innere Muttermund bildet einen erben Ring, darüber fühlt man einen Arm, der während der Vehe tief heruntergepresst wird.

26. Mai 1893. Wieder lauwarmes Vollbad.

27. Mai 1893 (21. Tag). Die Wehen sind mittags sehr räftig, sehr schmerzhaft, kommen alle 5 Minuten, keine Blutung. uttermund zweimarkstückgross, unnachgiebig. Man fühlt in emselben den linken Arm und die Hand, sie sind geschwollen, rner die ganze linke Brust und einen Teil des Bauches. Morhium. Wiederholte Sublimatausspülungen. Abends ½9 Uhr ist er linke Arm in die Scheide geboren.

In der Nacht zum 28. Mai 1893 anhaltende, kräftige, sehr hmerzhafte Wehen mit leisem Drang zum Mitpressen.

Es entwickelt sich eine Evolutio spontanea, das matsche ind wird in zweiter Steisslage bis zum Rumpfe geboren, Arme ontan ausgestossen. Der Kopf bleibt über dem unnachgiebigen, och immer zweimarkstückgrossen Muttermund im Uterus stecken.

Vergeblich wird versucht, den Kopf durch Druck von aussen exprimieren, ein Zug am Halse wird wegen der Gefahr des breissens der macerierten Frucht nicht versucht. In Narkose erden die Branchen einer stumpfen Muzeux'schen Zange

— ähnlich einer Geburtszange — einzeln um den Kopf gelegt und geschlossen. Bei leichtem Zuge entleeren sich Gehirnmassen, es gelingt, den Kopf durch den skirrhösen Muttermund durchzuleiten.

Nach der Geburt Wehenschwäche, die Placenta kann erst nach einer halben Stunde mit starkem äusserem Druck durch den engen Cervicalkanal durchgepresst werden.

Ausgiebige intrauterine und vaginale Sublimatausspülungen (1 : 4000). Uterus kontrahiert sich gut, keine Blutungen.

Macerierter Foetus von 6 Monaten. Placenta übelriechend.

Wochenbett verlief durchaus normal, ohne jede Temperatursteigerung, kein übelriechender Ausfluss. 12 Tage nach der Geburt, am 8. Juni 1893, in relativ gutem Zustande ohne Blutung und Ausfluss in die ferner gelegene Heimat entlassen.

Laut letztem Bericht — 6 Wochen nach der Entlassung — ist das Allgemeinbefinden noch erträglich, wenn auch nicht so gut, wie bei der Entlassung. Die Wucherungen in der Vagina haben stark zugenommen, die Infiltration des linken Parametriums ist sehr bedeutend geworden, schon äusserlich durchzufühlen.

Therapie bei Gravidität compliciert mit Carcinom.

In erster Reihe folgen die therapeutischen Massnahmen etwa is zu der Zeit der Schwangerschaft, wo die Frucht extrauterin och nicht lebensfähig ist, im zweiten Teile die Eingriffe in partu esp. in extrema graviditate. Die gesammelten Fälle werden immer n der entsprechenden Stelle eingefügt und möglichst kurz darestellt. Sollten dadurch, oder weil ich sie teilweis erst aus eferaten entnahm, Ungenauigkeiten entstanden sein, so bitte ich s zu entschuldigen.

Therapie in der Gravidität.

Sie richtet sich darnach, ob der Krankheitsheerd radikal zu ntfernen ist, oder nicht. Fast alle modernen Gynäkologen sind etzt darin einig, dass in solchen Fällen, wo man nach dem Beunde an eine radikale Entfernung denken kann, die Operation as einzig Richtige ist. Sie soll ohne Rücksicht auf die Gravilität durchgeführt werden, und es darf keine Zeit im Interesse e r Erhaltung der Frucht versäumt werden.

Die Wege, auf denen die einzelnen diese radikale Entfernung zu erreichen suchen, sind nicht ganz gleich.

Einige wenige empfehlen auch jetzt noch bei ganz beschränkter Ausbreitung nur eine ausreichende Abtragung der erkrankten Teile der Portio (Kaltenbach 1893).

Die Mehrzahl aber kennt nur noch Amputatio supravaginalis oder Totalexstirpation des Uterus.

Ich will bald einige Fälle von ganz partieller Entfernung anführen, ob sich daraus ein Urteil zu Gunsten der beiden anderen bilden lässt.

Fall 1. Schauta, Zeitschrift für Heilkunde, Prag, 1887: 35. — grav. m. VI — Carcinoma lab. ant. Therapie 10. Januar 1883: Amp. lab. ant. Heilung. Spontane Entbindung 24. April 1884. Recidiv. 9. Mai 1886, wallnussgrosser Knoten lab. post. Die alte Narbe intakt. — 16. Oktober 1886 vaginale Totalexstirpation. Mai 1887 noch gesund.

Fall 2. Bileted (Kopenhagen), Centralblatt für Gynäkologie, 1884, Nro. 8: 44. — Xpara — grav. m. IV—V. Collum infiltriert, polypöse Wucherungen im Cervicalkanal. Therapie: Excochleation, Cauterisation. Jetzt erst Gravidität entdeckt, sie besteht fort. Degeneration geht auf vordere und hintere Vaginalwand über. Geburt: langsame spontane Eröffnung, Kind stirbt ab, Zange. Mutter 9 Monate nachher noch in relativ gutem Zustande.

Fall 3. Kaltenbach, Geburtshilfliches Lehrbuch 1893: Gravida m. V. Haselnussgrosser Carcinomknoten lab. ant. Therapie: Keilexcision. Schwangerschaft geht normal zu Ende. Recidiv c. 4 Jahre später, wallnussgrosser Knoten lab. post. Auch diesmal wieder keilförmige Abtragung. Heilung ohne Weheneintritt.

Schauta führt gerade den Fall 1 als warnendes Beispiel an und verwirft entschieden partielle Amputationen; Fall 3 scheint

ıir ebenso beweisend, um particlle Amputationen als ungenügend ıurückzuweisen.

Es bleiben also zur radikalen Entfernung des Heerdes nur ımputatio supravaginalis und Totalexstirpation übrig.

Über die Berechtigung der Amputatio supravaginalis — uch beim nicht graviden Uterus — ist in letzter Zeit viel getritten worden.

Die einen behaupten, dass die Amputatio supravaginalis bei er richtigen Auswahl der Fälle keine schlechteren Dauerresultate iefere, als die Exstirpation (Winter 1891).

Andere verwerfen sie entschieden, weil Fälle publiziert wurden, o neben Carcinomknoten des Collum auch noch solche im Fundus efunden wurden. Es folgen einige Fälle mit Amputatio supraaginalis, die speziellen Indikationen sollen daraus gestellt erden.

Neun Fälle von Amp. supravag. *).

Nr.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
4.	g.m.VII.	Thalergross. auf beide Lipp. übergeh. Ulcus.	4. IX. 83. (Schulz Nr.33) Schröder.	Spont. Abort. Mai 1884 ausgedehntes Recidiv.
5.		Carc. port.	Juni 81. (Wied.Nr.12) Berlin.	Spont. Abort. Recidiv sehr bald.
6.		Carc. port.	1. IX. 84. (Köhl. Nr. 35) Berlin.	Spont. Abort. Sept. 1885 lokal. Recidiv. Beckenbindegewebe infiltriert.

*) Litteraturangaben für die Tabellen folgen am Schluss.

Nr.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
7.	gr.m.V.	Mässiggross. Cancroid der Portio.	Mai 85. (Gartenschl. Nr. 46). Schröder.	Spont. Abortus. Mai 1886 Recidiv im Beckenbindegewebe.
8.		Carc. cervic.	Schröder.	† nach der Amp. supravag.
9.	VII p. gr.m.II.	Carc. port.	29. XII. 85. Schröder.	4. Febr. 1886 spont. Abort mit Decidualerkrankungen. Concipiert wieder. 24. April 1887 spont. Abort. Concipiert nochmals. 5. Dec. 1888 spontan leb. Kind. Febr. 1891 noch gesund.
10.	32. X. p g. m. II.	Carc. port. nur d. rechte Hälfte beider Lippen.	7. I. 88. Frommel.	Am 3. Tage post operat. Peritonitis. — Spont. Abort, Placenta retiniert. Am folgenden Tage sehr schlechter Zustand, Placentarreste entfernt. Besserung. 2. Febr. kindskopfgrosses Exsudat im rechten Param. 1 Jahr post oper. Patientin noch gesund.
11.	31. Vp.	Gänseeigross. Tumor beider Lippen.	3. XI. 88. Frommel.	Heilung — nach 14 Tagen entlassen. 3 Tage später spont. Abort.
12.	33. VI.p. g.m.IV.	Carc. cervic. Link. Param. infiltr.	4. XII. 88. Jena.	Provisorische Auskratzung, Paquelin. Cervix möglichst hoch amput. Metastase im linken Parametrium entfernt. 8. Januar 1889 Orific. ext. rechts höckerig, exulc. Links ein Knoten. Rechtes Parametrium infiltr. — Spont. Geburt. 6monatl. Frucht † nach 3 Std. — Wochenbett normal. 31. Jan. 1889 entlassen, Uterus involviert. Totalexstirpation nicht mehr möglich.

Von diesen 9 Fällen erlag der Operation Nro 8. 5 recidivierten innerhalb eines Jahres. Eine Frau war noch ein Jahr

achher gesund. Fall 9 war $5^{1}/_{4}$ Jahre nachher noch gesund nd hatte seitdem mehrmals concipiert. Dieser letzte Fall beveist allerdings, dass es wenigstens möglich ist, mit der Amputatio supravaginalis Dauerresultate zu erzielen, die Schwierigkeit iegt aber in der richtigen Auswahl der Fälle. Winter weist arauf hin, dass eine Combination von Carcinom der Portio und es Corpus eine äusserste Rarität ist, anders ist es aber beim Cervixcarcinom.

Hofmeier hat namentlich bei dem Carcinoma papillare Braun) Recidive beobachtet, und zwar besonders dann im parametranen Zellgewebe. Also nur, wenn der Gynäkologe diesen beiden anatomischen Punkten in einer exacten Diagnose Rechnung ragen könnte, wäre eine Amputatio supravaginalis zulässig. Klinisch kommt dann noch eine weitere Bedingung hinzu. Die meisten derartigen Frauen sind Multiparae mit einer Anzahl ebender Kinder, deshalb ist die der Exstirpation folgende Unfruchtbarkeit nicht schwerwiegend. Nur in den Fällen, wo dringend weitere Conception erwünscht ist, könnte der Operateur beim gleichzeitigen Zusammentreffen obiger Bedingungen darauf Rücksicht nehmen. Selbstverständlich müssten solche Frauen unter allerstrengster specialistischer Controlle verbleiben, um rechtzeitig gegen ein Recidiv mit Exstirpation des Uterus vorzugehen.

Für die überwiegende Mehrzahl der Fälle wird aber von vorn herein die Exstirpation als der sicherere Weg zur Rettung zu wählen sein.

Unter den Arten der Exstirpation des Uterus kommt die vaginale und die Freund'sche (resp. modifiziert) in Betracht. Bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonates soll sie per vaginam vorgenommen werden (Olshausen). Hofmeier glaubt, dass selbst ein viermonatlicher Uterus so entfernt werden kann.

Es folgen jetzt wieder einige Fälle, wo die Operation so durchgeführt wurde.

Neun Fälle von vaginal. Totalexstirpation.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
13.	g. m. II—III.		c. 85 Thiem. Kottbus.	Heilung, nach zwei Jahren noch gesund.
14.	36. gr. m. III.	Ganz beg. Carc. lab. post. ca. 1 cm in die Substanz d. Portio hinaufreichend.	13. II. 87. (Nr. 32. Es. Hofmeier *).	Heilung. Juni 1891 noch gesund.
15.	30.VIIp. gr. m. I.	Grosser jauchend. Pilz lab. ant. Uter. wenig bewegl. Link. Param. derb und schmerzhaft.	29. VIII. 87. (Lauf. Nr. 56). Münchmeyer. Dresden.	Erst nach Aufschneiden des exstirpierten Uterus Gravidität entdeckt. — 26. Januar 1891 noch gesund.
16.	g. m. I—II.	Beg. Carc. port.	87 Gusserow.	Erst beim Aufschneiden des exstirpierten Uterus Gravidität entdeckt.
17.		Carc. colli.	Nov. 89 Berlin (Nr. 140 Andr.).	Blieb 1½ Jahre recidivfrei.
18.		Carc. colli.	Mai 90 Berlin. (Nr. 166 Krüg.)	Blieb 1 Jahr recidivfrei.
19.	41.IXp. g. m. II.	Carc. cervicis.	4. VI. 90. Taylor (Japan).	Glatte Heilung.
20.	34.	Wallnussgr. Carc. lab. post. Substanz d. hint. Cervixwand im unt. Drittel ergriffen. Canal frei.	24. VII. 89. (Nr. 126 Krau.) Winter.	6. Juli 1889 erfolgte Abort. 24. Juli 1889 glückliche Operation Blieb 2 Jahre recidivfrei.

*) Zu derselben Zeit wurde auch von Landau eine vag. Exstirpation mit Glück ausgeführt.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
21.	g. m. VI.	Gestieltes Carc. lab. post.	c. 86. Berthod.	Künstlicher Abort. Nach Eröffnung combin. Wendung auf den Steiss. Spont. Geburt. $3^1/_2$ Wochen darauf Totalexstirpation. Nach 10 Wochen geheilt entlassen.

Von diesen 9 Fällen — mit dem Landau'schen 10 — konnten [a]lle geheilt entlassen werden. Von 6 Fällen ist der Verlauf [n]äher angegeben. Nro. 18, 17, 20 blieben 1 resp. $1^1/_2$ resp. 2 Jahre recidivfrei. Die übrigen drei Frauen wurden bei wieder[h]olten Untersuchungen, Fall 14 noch nach $4^1/_4$ Jahren völlig [g]esund befunden.

Will man die Resultate der beiden Gruppen, Fall 4—12, [m]it Amputatio supravaginalis und Fall 13—21 vergleichen, so [h]at man wohl zu berücksichtigen, dass wenigstens ein Teil der [l]etzteren mit vaginaler Totalexstirpation in fortgeschrittenerem [Z]ustande zur Operation kam, daher sind dann die erzielten Er[f]olge um so höher zu schätzen.

Bemerkenswert ist Fall 21, wo eine Gravidität von 6 Mo[n]aten vorlag, und durch den künstlichen Abort der Uterus zur [D]urchleitung per vaginam erst kleiner gemacht wurde. Manche [A]utoren raten in solchen Fällen zum künstlichen Abort, um die [G]efahren einer Laparotomie zu vermeiden (Schauta, Sutugin). [D]och zeigt gerade Fall 10, dass auch der Abort die Mutter in [d]ie höchste Gefahr bringen kann. Hier waren Eihautreste zu[r]ückgeblieben und riefen Sepsis hervor.

Die Chancen für eine glatte Heilung sind aber auch sonst [u]nter normalen Verhältnissen besser, als wenn im Puerperium [o]periert wird; wir kommen darauf im zweiten Teile der Arbeit [z]urück. Jedenfalls ist schon hier zu bemerken, dass die vaginale [E]xstirpation nicht erst im Spätwochenbett erfolgen soll, sondern [s]chon 8—10 Tage nach vollendetem Abort (Olshausen); weil [g]erade im Puerperium das Carcinom rasch fortschreitet. Ausser[d]em müssten jedenfalls vor Einleitung des Aborts exulcerierte

Stellen ausgekratzt und verschorft werden, um Sepsis zu vermeiden.

Will man aber den künstlichen Abort nicht einleiten, so bleibt bei einer Gravidität in den mittleren Monaten nur die Freund'sche Operation resp. eine ihrer Modifikationen übrig.

So wurde sie glücklich im sechsten Monat durch Spencer Wells (Brit. med. J., 26. November 1881) und durch Zweifel ausgeführt.

Hierzu gehört auch:

Fall 22. Cittadini, Brüssel, Centralblatt für Gynäkologie, 1892, Nr. 17: Gravida m. III. Carcinoma corporis et colli uteri compliciert mit einem Enchondrom des kleinen Beckens. Freund'sche Operation. Cervix wurde aus den Verbindungen von der Scheide aus gelöst, ebenso die unteren Partien der Lig. lata, die oberen von der Bauchhöhle aus. Glückliche Folgen der Operation. —

Für solche Fälle ist dann besonders die Modifikation von Zweifel zu empfehlen (Centralblatt für Gynäkologie, 1889, Nro. 12). Man operiere nach Porro, lege auf den Cervix den elastischen Schlauch, schliesse die Bauchhöhle und exstirpiere den Rest von der Scheide aus. Dieses Verfahren gestattet die Ausführung mit reinen Händen und erleichtert die Unterbindung der im oberen Teile der Lig. lata befindlichen Gefässe (Sutugin 1890).

Therapie der inoperablen Carcinome in der Gravidität.

Bei solchen Fällen ist bisher noch keine Einigung über den allgemeinen Standpunkt erzielt, viel weniger über die speciellen therapeutischen Massnahmen. Manche Autoren meinen, es habe überhaupt gar keinen Sinn, operativ einzugreifen, man müsse vor vielgeschäftiger Lokalbehandlung warnen, denn man gefährde das Kind und rette dadurch die Mutter nicht (Wiener, Fehling). Kaltenbach schlägt den Mittelweg ein. Man solle Blutung und Jauchung durch Ausräumung der wuchernden Massen mit dem scharfen Löffel, Glühhitze, Chlorzink, Alkoholbehandlung

bekämpfen. „Bei sorgfältiger präparatorischer Desinfection und umsichtiger Ausführung wird diese Behandlung häufig ohne Unterbrechung der Schwangerschaft ertragen“. Andere wollen aber noch mehr für die Mutter thun. So weist 1890 M. Gördes ausdrücklich darauf hin, ob denn der künstliche Abort nicht überhaupt indiciert wäre bei vollständig inoperablen Carcinomen, wo man den beginnenden Kräfteverfall der Schwangeren bereits sehe; die Schwangerschaft sei doch keinesfalls geeignet, die Kräfte der schwerkranken Frau zu schonen, namentlich aber in solchen Fällen, wo der Exitus voraussichtlich vor dem Ende der Schwangerschaft eintreten würde!

Jedenfalls wird man individualisieren müssen. Eine Frau, die fortwährend blutet, wird kein Gynäkolog unbehandelt lassen, und wenn auch dadurch Abort eintritt. Aber es handelt sich im Princip darum, ob man auch in nicht so dringenden Fällen palliativ handeln, ja selbst den Abort einleiten soll oder nicht.

An der hiesigen Tübinger Klinik sind vier solcher hoffnungslosen Fälle zur Behandlung gekommen. Säxinger ging davon aus, dass es Multiparae mit einer Anzahl lebender Kinder waren. Toleranter erschien es ihm, für das unsichere Kindesleben das wertvollere Leben der Mutter den Kindern, die Frau dem Manne so lange, wie möglich zu erhalten. Deshalb leitete er dreimal den künstlichen Abort ein, einmal kam es zum spontanen Wehenbeginn. Der Fall vom Sommer 1893 ist anfangs beschrieben, die übrigen wiederhole ich nach Clauss (D. i. Tübingen 1890).

Drei Fälle von Abort.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Verlauf.
23.	31. Vp. g. m. V.	11. X. 89. Collum völlig destruiert. Starke Blutung.	14 Tage nach der Aufnahme spontaner Weheneintritt; nach 29½stündigem Kreissen spontane Geburt eines lebenden unreifen Kindes. Wochenbett verläuft glücklich. Bei der Ausdehnung des Carcinoms kann eine tiefgreifende Excochleation nicht vorgenommen werden 10 Tage nachher wenigstens in erträglichem Zustand entlassen.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Verlauf.
24.	35. VIp. g. m. VI.	9. VII. 85. Muttermund ist ein zerklüfteter, höckriger Tumor. Fornices frei.	7. August 1885 künstlicher Abort eingeleitet. Querlage I. Am 7. Tage spontane Geburt des Kindes bis zum Rumpf. Arme, Kopf langsam entwickelt. Tiefer Cervixriss. Wochenbett glücklich. Excochleation, Cauterisation.
25.	38. VIp. g. m. V.	17. II. 90. Lab. ant. zerstört, Lab. post. infiltr. Starke Blutungen.	4. März 1890 künstlicher Abort eingeleitet. Spontane Geburt, lebender Fötus. Wochenbett normal. Patientin hat sich erholt.

Leider lässt sich aus dem Verlaufe dieser Fälle hier kein Rückschluss daraus machen, ob der Abort zu empfehlen ist. Die Klinik konnte über den weiteren Verlauf dieser drei Fälle keine Nachricht bekommen. Der anfangs erwähnte Fall vom Sommer 1893 wird noch weiter in der Heimat beobachtet. Wenigstens ist bis jetzt noch ein erträglicher Zustand vorhanden.

Jedenfalls aber giebt es eine Anzahl von Fällen in der älteren Litteratur, wo nach spontanem Abort die Frauen ein selbst zwei Jahre noch lebten. Z. Bsp. Bechmann, D. i. Erlangen 1877 Fall 27 und 28, oder Depisch, D. i. Würzburg 1887 *). Im Hinblick auf diese Thatsache lässt sich vielleicht auch der künstliche Abort mit vorheriger Excochleation allgemeiner empfehlen. Wenigstens wahrt man damit die geschwächten Frauen vor weit grösseren Operationen am Ende der Schwangerschaft.

Zweiter Teil.

Therapie des Carcinoms am Ende der Schwangerschaft und in der Geburt.

Wir wollen hier den umgekehrten Weg wählen und von den weniger eingreifenden zu den schwersten therapeutischen

*) Ich verweise auch sonst auf diese beiden Arbeiten, weil sie aneinander anschliessend, eine Sammlung von zusammen über 100 Fällen bis zur Mitte der 80er Jahre enthalten.

Massregeln übergehen. Was die Therapie zu leisten hat und vermag, richtet sich nach der Ausdehnung und dem Sitze, nach der Art, ob weicher Krebs oder Skirrhus, und schliesslich auch nach dem Stadium der Geburt, in welchem der Fall zur Behandlung kommt.

Wir beginnen mit den Fällen, wo eine spontane Geburt noch möglich ist. Es sind Carcinome, die nur die eine Lippe oder auch beide, aber partiell ergriffen haben, so dass der Winkel zwischen den Lippen noch frei und dehnbar ist. Schauta weist darauf hin, dass die Erkrankung der hinteren Lippe noch günstiger ist wegen ihrer geringeren Bedeutung für den Geburtsakt. Auch bei den Fällen von weichen Carcinomen, selbst wenn sie ausgedehnter sind, und die Nachbarschaft nicht mehr frei ist, kann manchmal noch eine spontane Geburt erfolgen — oder der Geburtshelfer braucht nur zur rechten Zeit gegen die Blutung oder die Lebensgefahr des Kindes mit Zange oder Wendung operativ einzugreifen. Zunächst sollen einige Fälle der Art folgen.

Neun Fälle mit spontaner Geburt resp. gewöhnlicher geburtshilflicher Kunsthilfe.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Verlauf.
26.	37. VIp.	Carc. lab. post. Rechts die Nachbarschaft infiltr.	24. April 1889 Zürich. Geburt $2^1/_2$ Tage, spontan. Tiefer Cervicalriss, genäht. Chlorzinkätzung. Fieberhaftes Wochenbett. — 16. Mai 1889 wallnussgrosse Metastase im linken Parametrium. Mehrmals excochleirt, cauterisiert. 21. Mai 1890 noch in relativ gutem Zustande.
27.	36. g. m. VIII.	Recidiv im Beckenbindegewebe. 1889.	27. Jan. 1885 von Schröder lab. post. infravag. amput. Im 5. Jahre nachher dieses Recidiv mit Schwangerschaft. 18. Nov. 1889 spontane Geburt. Sehr schnelles Fortschreiten des Carcinoms im Puerperium. † 15. März 1890.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Verlauf.
28.		Carc. port.	c. 1890. Berlin (Nr. 173). Spontane Geburt. Nachher vaginale Totalexstirpation. † an Peritonitis.
29.	32. IIp.	Carc. Colli. Forn. post. infilt.	Königsberg, nach 4 Tagen 20. Mai 1889 spontane Geburt der macer. luet. Frucht. Wochenbett normal. Patientin nicht mehr beobachtet.
30.	35. IXp.	Carc. cerv.	Poliklinik Berlin. 25. Febr. 1880. Blase gesprengt, Fuss geholt, angezogen. Carcin. Ring zerspringt in 6 Teile. Kind lebend entwickelt. Wochenbett relativ gut.
31.	39. IXp.	Carc. colli.	c. 1883 Bileted-Kopenhagen. Vergeblicher Zangenversuch. Wendung. Kind? 2 Monate später sehr verschlimmert, Parametrien infiltrirt. Patientin verweigert palliativen Eingriff.
32.	32. IIp.	Carc. cerv.	7. Juni 1890 Flöel-Coburg. Geburtsbeginn. — 25. Juni Blasensprung. Placenta praev. later. Foet. Herztöne normal. 30. Juni wehenlos, Entbindung nötig, Wendung vergeblich. Perforation. Dabei erst das Carcinom im Speculum diagnosticiert. 14. August 1890 zuerst Amput. supravag. weil nicht im Gesunden operiert, sofort Totalexstirpation.
33.		Carc. cerv.	Vor 1891 Löhlein. Leichte Zange. 18 Tage später vaginale Totalexstirpation. Fieberhafte Rekonvalescenz.
34.	29. IVp.	Carc. cerv.	August 1889 im 7ten Monat spontane Geburt. 18. Sept. 1889 Skutsch vaginale Totalexstirpation. Guter Verlauf. — † am Recidiv Winter 1891.

In diesen neun Fällen sind 6 Kinder gerettet worden. Drei Mütter konnten nachher noch mit Glück operiert werden. — Doch auch in diesen von der Natur selbst noch vollendbaren Fällen

raten die meisten Gynäkologen, vor oder auch im Beginn der Geburt die exulcerierten Massen gründlich stumpf oder mit scharfem Löffel, Scheere, Thermocauter zu entfernen.

Damit wird Platz geschafft, die geburtshilflichen Operationen werden erleichtert, und was das Wichtigste ist, die Infectionsgefahr im Wochenbett wird gemindert. Denn einerseits erfolgt beim Durchtritt des Kindes eine ausgiebige Quetschung der erkrankten Teile mit consecutiver Gangrän und Sepsis, anderseits können die jauchenden Carcinommassen an und für sich schon Sepsis hervorrufen, wenn nach den Geburtstraumen so viele Wege zur Verschleppung offen stehen. Für die rationelle vorherige Excochleation führe ich zwei Fälle an.

Fall 35. Felsenreich, Centralblatt für Gynäkologie 1884 Nr. 33: Carcinoma cervicis. — Excochleation, Wendung und Extraction. Unmittelbar darauf Radikaloperation des Carcinoms.

Fall 36. Skutsch, Seegelken, D. i. Jena 1892: 36. IVpara. Carcinoma cervicis, parturicus aufgenommen. Vordere Lippe schneidend amputiert, Umstechung, Tamponade. Spontane Geburt macerierter, reifer Frucht. Wochenbett normal. 15. Juni 1890 Totalexstirpation per vaginam. Glatte Heilung, im Juli gutes Befinden.

Ganz anders aber sind die Fälle zu behandeln, wo sich die Degeneration bis zum inneren Muttermunde oder noch weiter herauf erstreckt, dabei auch mehr oder weniger die Umgebung — Scheide und Beckenbindegewebe — hart infiltriert sind. Trotz energischer, andauernder Wehen ist sehr oft ein unüberwindliches Geburtshinderniss durch den starren Ring geschaffen. Es fragt sich, wie da therapeutisch einzugreifen ist! Man hat tiefgehende, ausgiebige Incisionen vorgeschlagen.

Was damit erreicht worden ist, sollen die folgenden Fälle zeigen.

2*

Sechs Fälle von Incisionen in partu.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Verlauf.
37.	38. XIp.	Carc. cerv. Links ist das orific. intern. fast erreicht.	Poliklinik Berlin. 7. Nov. 1879. Fruchtwasser vor 8 Tagen abgeflossen. Foetale Herztöne nicht mehr hörbar. Schüttelfrost. Muttermund einmarkstückgross. 2 Incisionen. Spontane Geburt. Parametritis. Metastat. Pneum. Mutter † nach 5 Wochen.
38.	28. IVp.	Carc. port.	Vor 1885 Fischer-Ulm. Incisionen. Zange. Lebendes Kind. Mutter † nach 12 Stunden an akuter Anämie!
39.		Carc. cerv.	Vor 1888 Steiger-Luzern. Querlage. 36 Std. gewartet. Dann tiefe Incisionen, Blase gesprengt, Wendung. „Konnte Geburt vollenden".
40.		Carc. colli. Fornices, Parametrien infiltr.	Vor 1889 W. Merkel. 1½tägige Wehenthätigkeit. Incisionen. Kind † spontan geboren. Tamponade. Mutter lebt noch 2 Jahre.
41.	42. XIIp.	Carc. colli, Cervicalpolyp. Unterer Teil des Cervix fehlt.	Poliklinik Berlin. 3. März 1889. Tympania uteri. Kind maceriert. Cervix rigide. — Polyp abgetragen. Incisionen, manuelle Dilatation. Perforation, Kopfknochen abgetragen. Wendung, schwere Extraction. Grosser vorderer Cervicalriss unten in die Blase, oben in die Bauchhöhle führend! — Uterus wird anteflectiert. Compressionsverband. 5 Tage lang noch leidliches Befinden. In die Klinik gebracht. Blasenscheidenfistel, stinkender Ausfluss, Abscesse, † 25. Juni 1889.
42.	35. XIp.	Carc. colli et corp.	Vor 1890 Bousquet. Nach 6tägiger Wehenthätigkeit Muttermund dreimarkstückgross. Incisionen. Blase gesprengt. Abgestorbenes Kind extrahiert. Profuse Blutung. Beim Touchieren perfundierender Querriss im unteren Uterinsegment gefunden. Mutter † nach 2 Stunden!

Der traurige, baldige Ausgang in Fall 38 und 42 erklärt uns leicht die entschiedene Ablehnung der Incisionen durch die meisten Autoren. Schauta warnt, sich über den Wert der Incisionen bei solch' fortgeschrittenen Fällen zu täuschen. Der Cervix werde zwar weiter, je tiefer man schneidet, aber man kommt auf kein dehnbares Gewebe, und ist schliesslich selbst der Eingang bis zur Durchgängigkeit von 4 Fingern erweitert, so kommen doch die schwersten Verletzungen bei der Entbindung vor. Selbst bei Fällen, wo die Erkrankung nur auf einen schmalen Saum rings um das Orificium beschränkt war, ist man nach Incisionen auch nicht sicher vor dem Weiterreissen bis hoch hinauf. Ausserdem wird die Geburt der Art verzögert, dass die Kinder absterben. 4 Kinder starben bei unseren 6 Fällen.

Überlässt man aber wiederum so fortgeschrittene Fälle sich selbst, so reisst schliesslich das gesunde Uterusgewebe quer von der Neubildung ab, oder diese selbst wird bis ins Parametrium hinein durchrissen, schwerste Blutungen und Sepsis folgen (Kaltenbach).

Deshalb haben die meisten Gynäkologen (Gusserow, Fehling, Fritsch, Säxinger, Müller, Stratz, Wiener u. a.) für solche Fälle sowohl die exspectative Therapie, als anderweitige geburtshilfliche Operationen verworfen und sich zu Gunsten des Kaiserschnittes und seiner Combinationen entschieden.

Noch manchmal wird seine Prognose aus unrichtigen Statistiken schlechter hingestellt, als sie ist!

Will man die Berechtigung des Kaiserschnittes zur Jetztzeit nach statistischem Material zuerkennen oder absprechen, so darf man von vornherein die Fälle aus der vorantiseptischen Zeit nicht mitrechnen. Die Hilfsmittel, um eine Frau glücklich eine Laparatomie überstehen zu lassen, sind eben neue Errungenschaften. Die Fälle vor der Mitte der 70er Jahre, wo die Antisepsis erst Allgemeingut der Kliniken wurde, fallen also weg. Doch auch bei den Kaiserschnitten seit jener Zeit hat man noch zwei Gruppen zu machen. Zunächst die Fälle, wo die Frauen vorher in die Klinik aufgenommen waren, wo man sie zur Operation

sorgfältig vorbereitet hatte, und diese selbst bei guten Kräften der Frau begann. Anderseits die Notfälle, wo man Kreissende anämisch, collabiert oder inficiert rasch entbinden musste, um sie nicht gerade unentbunden sterben zu lassen, und vielleicht das Kind zu retten.

Die Prognose eines Falles muss nach der Statistik seiner Gruppe gestellt werden; dann wird auch hier bei den rechtzeitig unternommenen Kaiserschnitten wegen Carcinom die Wahrscheinlichkeit des Erfolges viel grösser erscheinen, und das um so mehr bei der heutigen Technik.

Wir lassen jetzt wieder eine Anzahl Fälle mit conservativem Kaiserschnitt und nach Porro folgen.

Acht Fälle von Sectio caesarea conservativa.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
43.	g. m. VI.	Carc. cerv. Forn. post. infiltr.	Febr. 1882. Morris. London.	Beide gerettet. Mutter noch nach 9 Monaten in relativ gutem Zustande.
44.	Multip.	Carc. colli, uteri, vaginae.	26. III. 86. Ehlers. Braunschweig.	Operation 18 Std. nach Geburtsbeginn. Mutter befindet sich schlecht. — Kind lebt, normaler Verlauf. Mutter relativ gut entlassen.
45.	29. VIp.	Osteo-Carc. pelvis.	4. VII. 86. Paul Bar.	Kind lebt. Mutter † nach 3 Monaten am Grundleiden.
46.	VIIIp.	Carc. colli et vagin. Parametrien infiltr.	vor 1886 Berthod.	Mutter † im Spital an Sepsis. Kaiserschnitt an der Toten 1 Stunde post mortem! Kind inzwischen abgestorben.
47.	38. Vp.	Carc. cerv. vesicae. Beckenbindegewebe infiltr.	31. X. 87. Lusk. New-York.	Befinden vor der Operation ungünstig. — Kind lebt, Mutter † nach 2 Monaten.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
48.	40.	Carc. colli. Fornices, Parametrien infiltr.	13. I. 88. Merkel.	Kind lebt. Mutter † nach 6 Tagen an eitriger Peritonitis.
49.	39. IXp.	Carc. colli, knollige Tumoren.	16. V. 89. Dohrn. Königsberg.	Ungünstiger Zustand vor der Operation. — Kind asphyktisch, nicht belebt; Mutter † nach 2 Tagen an Peritonitis.
50.	XIIIp.	Ausgedehnt. Carc. uteri, vaginae. Beckenbindegewebe infiltriert.	11. V. 89. Teuffel. Chemnitz.	Oktober 1888 wegen Blutung Carcinom teilweis abgetragen. Schwangerschaft dauert fort. 11. Mai 1889 Sectio caesarea, es lässt sich kein Stumpf für eventuellen Porro bilden. Kind lebt. Mutter † nach 21 Tagen.

In den 7 Fällen mit rechtzeitiger Operation wurde 6mal das Kind gerettet. Von den 7 bei der Operation noch lebenden Müttern starben 3 vor 3 Wochen und 2 innerhalb 3 Monaten. Von den beiden Überlebenden befand sich die eine nach 9 Monaten noch relativ gut. —

Acht Fälle operiert nach Porro.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
51.	33. Vp.	Prim. knollig. Carc. vagin. Link. Beckenabschnitt infiltriert.	8. XII. 85. Leopold.	Kind lebt. Mutter nach 6 Wochen entlassen.
52.	32. Vp.	Fortgeschr. Carc. colli. Cervix undurchgängig.	16. II. 86. Dresden.	Kind lebt. Mutter 14 Tage normal, dann wegen chronischem Alkoholismus geisteskrank.

Nro.	Geburten.	Diagnose.	Operation.	Verlauf.
53.		Carc. colli.	28. X. 86. Krassowski Petersburg.	Kind lebt. Mutter †.
54.	35. Vp.	Carc. port. Exulcer. Knollen.	9. VII. 88. Beaucamp.	Porro mit Inversion des Stumpfes nach der Scheide (nach Frank). Zwillinge. Einer lebt. Mutter † 4 Monate nachher an Metastasen.
55.	40. IXp.	Carc. colli. Derbe Infiltr.	14. VII. 89. Säxinger.	Zustand vor d. Operation schlecht. Tymp. uteri, drohende Ruptur. — Kind lebt. Mutter † nach 4 Tagen.
56.	38. XIp.	Carc. colli. Fornices, beide Parametr. Inguinaldrüsen infiltr.	10. X. 89. Dresden.	Kind war abgestorben, Mutter macht normales Wochenbett durch.
57.	32. IXp.	Carc. colli. Beckenbindegewebe infiltr.	November 89. Sutugin.	Kind lebt. Mutter † nach 6 Wochen an Marasmus.
58.	30. VIp.	Carc. colli et fornic.	Sutugin. Moskau.	Kind lebt. Mutter † nach 7 Tagen an eitriger Peritonitis.

In den 8 Fällen war das Kind einmal abgestorben, ebenso einer der Zwillinge in Fall 54.

Drei Mütter starben kurz nach der Operation, die übrigen fünf machten normales Wochenbett durch; zwei blieben längere Zeit noch erhalten. —

Nach diesen jetzigen Erfahrungen wird die Operation nach Porro an Stelle des konservativen Kaiserschnittes allgemein empfohlen. Denn beim konservativen Kaiserschnitt hat man eigentlich nur zur Rettung des Kindes operiert, die Gefahren für die Mutter bestehen weiter, ja sie sind durch die Uterusnaht noch vermehrt. Leicht können sich die Lochien wegen des Carcinoms zersetzen, ist der Abfluss nach aussen versperrt, so entsteht Lochiometra mit Sepsis im Gefolge. Ist dann die Uterus-

naht nicht ganz dicht, so ist schnell die ganze Bauchhöhle inficiert. Das alles lässt sich vermeiden, sobald nach Porro operiert wird.

Einige Autoren heben hierbei hervor, dass die Modifikation nach Frank mit Inversion des Uterusstumpfes nach der Scheide zu (wie Fall 54) ganz besonders geeignet sei, um wieder diejenigen Gefahren zu vermeiden, welche durch die extraperitoneale Stielversorgung bei der gewöhnlichen Methode nach Porro entstehen können.

Nun kann es aber in den seltensten Fällen vorkommen, dass die Entartung soweit vorgeschritten ist, dass der Schlauch nicht umzulegen, und kein ordentlicher Stumpf zu bilden ist, wie im Fall 50. Hierfür empfiehlt man dann den gewöhnlichen Kaiserschnitt, aber es soll durch die carcinomatösen Massen hindurch der Weg für ein dickes Drain gebahnt werden, um die Stauung der Lochien zu verhindern.

Im übrigen werden auch die nach Porro operierten Fälle nachher wie gewöhnliche inoperable Carcinome von der Scheide aus sorgfältig behandelt werden müssen, um die Frau noch möglichst lange zu erhalten. — —

Wir haben schliesslich noch die Fälle von Carcinom am Ende der Schwangerschaft zu besprechen, wo bei genauester Untersuchung die Umgebung des Collum frei gefunden wird, und überhaupt der Fall an radikale Heilung denken lässt. Es sind zwei Wege bei der Operation möglich. Der Kaiserschnitt mit der Freund'schen Operation, oder nach der Entbindung im Puerperium die vaginale Exstirpation. Möller betont bei der Veröffentlichung des letzten Falles der Breslauer Klinik (Centralblatt für Gynäkologie 1892), was für Vorteile die rechtzeitig unternommene Freund'sche Operation gegenüber der anderen biete. Man bekäme zunächst dadurch viel sicherer ein lebendes Kind. Ferner sei die Prognose für die definitive Heilung der Mutter günstiger, namentlich wenn die vaginale Exstirpation erst im Spätwochenbett vorgenommen würde, weil ja im Puerperium die Neubildung sich rasch auszubreiten pflegt; ganz abgesehen davon, dass die Frau durch die Geburt geschwächt ist etc. Drittens sind auch

die Chancen für eine glatte Heilung unter normalen Verhältnissen besser als im Wochenbett. Hierbei führt er als Beispiel die fieberhafte Rekonvalescenz von Fall 33 an, die Löhlein, als Operateur dieser Frau, auf absickerndes Lochialsekret zurückführte. Im übrigen braucht man ja hier gar nicht — wie beim conservativen Kaiserschnitt — den Eintritt der Wehen abzuwarten, im Gegenteil, sowie das Kind lebensfähig ist, sollte man bald operieren im Interesse der Mutter. Schliesslich macht Veit noch auf einen technischen Vorteil bei der Freund'schen Operation aufmerksam. Es sei namentlich bei irgendwie complicierteren Fällen die Operation von oben viel übersichtlicher, und man könne total alles entfernen.

Für die Klinik ist daher diese Art zu bevorzugen, sollte ein Notfall vorliegen, namentlich in der Poliklinik oder in der Privatpraxis, so müsste eben erst gründlich ausgekratzt und kauterisiert, die Geburt möglichst schonend für die Mutter zu Ende geführt werden, und so früh wie möglich im Puerperium die vaginale Exstirpation folgen.

Für den Erfolg einer am Ende der Schwangerschaft rechtzeitig vorgenommenen Freund'schen Operation weiss ich nur den oben erwähnten Breslauer Fall anzuführen. Ich stelle aber zum Vergleich die beiden älteren Fälle von Bischoff und Schröder daneben, damit sie sich als Notfälle charakterisieren, und für die Statistik nur in dem oben beschränkten Sinne verwertet werden.

Drei Fälle von Sectio caesarea mit Freund'scher Operation.

Nr.	Geburt.	Diagnose.	Operat.	Zustand vor der Operation.	Verlauf.
59.	41. VIIIp.	Fortgeschr. Carc. cervic. Fornic. infiltr.	17. XII. 79. Bischoff.	Entkräftet und anämisch.	Kind lebt. Aeusserst schwere Operation wegen der fortgeschrittenen Infiltration. Linker Ureter mitunterbunden (laut Sektionsbericht). † nach 9 Stunden.

Nr.	Geburt.	Diagnose.	Operat.	Zustand vor der Operation.	Verlauf.
60.	28. IIIp.	Carc. cervic.	1884. Schröder.	Fieber 39,5 schon inficiert.	Kind tief asphyktisch, nicht mehr belebt. Mutter † nach 1 Tage an allgemeiner Peritonitis.
61.	35. VIIp.	Carc. port. Hintere Scheidenwand ergriffen. R. Parametr. infiltriert.	8. XI. 91. Fritsch.	1 Tag nach Wehenanfang. Gutes Befinden.	Kind gerettet. Unten Peritonealhöhle nicht ganz geschlossen. Tampons. Wochenbett nicht ganz fieberfrei, weil unvermeidlich das Carcinom mit der Wunde in Berührung kam. Trotzdem glatte Heilung. Nach 2 Monaten in gutem Zustande entlassen.

Der praktische Arzt spielt bei der Operabilität der Carcinome insofern eine grosse Rolle, als bei seinem rechtzeitigen Rat die Frauen noch vom Spezialisten gerettet werden können.

Wir wollen noch ganz kurz berühren, was der Praktiker bei der so seltenen Complication des Carcinoms mit Gravidität leisten kann.

Ist die Frau im Beginn der Schwangerschaft, und ist das Carcinom operabel, so soll er den Fall unverzüglich dem Gynäkologen überweisen. Auch bei fortgeschritteneren Carcinomen im Beginn der Gravidität würde sich das empfehlen, namentlich wenn man beabsichtigt, den Abort einzuleiten. Eigenes Eingreifen wird am ehesten in partu vorkommen. Excochleation, Cauterisation mit den gewöhnlichen geburtshilflichen Operationen wird er allein ausführen und nachher die Frau dem Spezialisten schicken. Sobald er aber die Unmöglichkeit einsieht, ohne Laparatomie die Geburt zu vollenden, so wird, wenn irgend möglich, die Überführung in die Klinik das beste sein! Wenn die poli-

klinischen Ärzte mit ihrer spezialistischen Ausbildung das in solchen Notfällen thun und die Frauen — selbst in Narkose — in die Klinik gefahren bringen, so kann das für den praktischen Arzt massgebend sein. In dem Urteile stimmen wohl mit Wyder viele Gynäkologen überein, dass die Sectio caesarea nicht in die Privatpraxis, sondern in die Klinik gehört. Im höchsten Notfalle muss er es natürlich auch wagen. —

Werden in der geschilderten modernen Art die Fälle von Schwangerschaft compliciert mit Carcinom rechtzeitig behandelt werden, dann wird selbst im späteren Stadium des Leidens die Mortalität der Kinder geringer werden, und auch das wertvollere Leben der Mutter länger erhalten bleiben.

Zum Schluss Herrn Professor Dr. von Säxinger und Herrn Privatdozenten Dr. Winternitz meinen besten Dank.



Litteraturangaben der einzelnen Fälle.

Nr. 4—8. Hofmeier, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1886. Bd. 13.

9. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1889. Bd. 16. und 1891.

10 und 11. Drude, D. i. Erlangen 1889.

12. Seegelken, D. i. Jena 1892.

13. Berliner kl. Wochenschrift 1887. Nr. 22.

14. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1892. Bd. 23. Krukenberg.

15. Archiv für Gynäkologie 1889. Bd. 36. Heft 3.

16. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1888. Bd 14.

17. 18, 20. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1892. Bd. 23. Krukenberg.

19. Med. Record. 1891. Febr. 28.

21. Centralblatt für Gynäkologie. 1887. Nr. 29.

23. 24. 25. Clauss, D. i. Tübingen 1890.

26. Correspond. der schweizer Ärzte 1890. Bd. 20.

27. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1891. Bd. 22. Winter.

28. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1892. Bd. 23.

29. Salzmann, D. i. Königsberg 1890.

30. Brandt, D. i. Berlin 1881.

31. Centralblatt für Gynäkologie 1884. Nr. 8.

32. Centralblatt für Gynäkologie 1891. Nr. 32.

33. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1891. Nr. 44.

34. Seegelken, D. i. Jena 1892.

37. Brandt, D. i. Berlin 1881.

38. Centralblatt für Gynäkologie 1885. Nr. 43.

39. Correspond. der schweizer Ärzte 1888. Bd. 18.

40. Centralblatt für Gynäkologie 1889. Nr. 44.
41. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1890. Bd. 18.
42. Centralblatt für Gynäkologie 1890. Nr. 4.
43. The Brit. Med. Journal 1883. Bd. 1.
44. 45. Archiv für Gynäkologie 1887. Bd. 30.
46. Centralblatt für Gynäkologie 1887. Nr. 29.
47. Archiv für Gynäkologie 1888. Bd. 33.
48. Centralblatt für Gynäkologie 1889. Nr. 44.
49. Salzmann, D. i. Königsberg 1890.
50. Archiv für Gynäkologie 1889. Bd. 36. Heft 2.
51. 52. Archiv für Gynäkologie 1890. Bd. 37. Heft 2.
53. Archiv für Gynäkologie 1888. Bd. 32.
54. Archiv für Gynäkologie 1889. Bd. 36. Heft 2.
55. Clauss, D. i. Tübingen 1890.
56. Archiv für Gynäkologie 1890. Bd. 37. Heft 2.
57. 58. D. med. Wochenschrift 1891. Nr. 19.
59. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1884. Bd. 10. Gönner.
60. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1886. Bd. 12. Stratz.
61. Centralblatt für Gynäkologie 1892. Bd. 16. Möller.







